

Divertículo duodenal congénito extraluminal

S. Sanjuán Rodríguez, J.I. Santamaría Ossorio

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno-Infantil, Badajoz.

RESUMEN: Los divertículos duodenales extraduodenales congénitos (DEC) son excepcionales. Generalmente se presentan como dolores abdominales de repetición y su diagnóstico suelen ser fortuito al realizar exámenes complementarios.

Presentamos una niña con dolor abdominal de repetición de 2 años de evolución, se analiza las diferentes pruebas utilizadas para su diagnóstico, y se llama la atención que, además del síntoma citado, pueden originar cuadros de abdomen agudo secundario a graves complicaciones que pueden poner en peligro la vida del paciente.

Al contrario del criterio utilizado en adultos, recomendamos un tratamiento quirúrgico, incluso en pacientes asintomáticos, con el fin de evitar riesgos.

PALABRAS CLAVE: Divertículo duodenal congénito extraluminal; Niños.

CONGENITAL EXTRALUMINAL DUODENAL DIVERTICULUM

ABSTRACT: Congenital extraluminal duodenal diverticula are extremely rare. They usually present as repeated crisis of abdominal pain and most of the times their diagnosis is accidental because laboratory test performed by other cause.

We report a girl with relapse crisis of abdominal pain since 2 years, the laboratory and radiographic findings are displayed. It is noteworthy that this disease can be life threatening sometime, when an acute abdomen is developed.

Conversely of criteria followed in adults, surgery is advised in children even without symptoms, to avoid further risks.

KEY WORDS: Congenital extraluminal duodenal diverticula; Children.

INTRODUCCIÓN

Los divertículos intestinales son una patología muy frecuente, sin embargo, su localización en duodeno es excepcional, principalmente los extraduodenales.

Correspondencia: Dr. S. Sanjuán Rodríguez, Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Materno-Infantil. C/ La Violeta nº 3, 06010 Badajoz.

Recibido: Enero 2004

Aceptado: Febrero 2004

Se presenta un caso de divertículo extraduodenal congénito (DEC) encontrando fortuitamente durante un tránsito digestivo, como consecuencia de una historia de dolor abdominal recidivante, sin embargo, también pueden aparecer como consecuencia de sus graves complicaciones, que pueden poner en peligro la vida del niño.

Los exámenes complementarios, mas frecuentemente utilizados, como radiografía y ecografía de abdomen y tránsito digestivo pueden no ser concluyentes debido a que estas pruebas están limitadas por el tamaño y contenido del divertículo, así como, por el calibre del pedículo.

Una vez diagnosticado, se recomienda realizar un tratamiento quirúrgico para evitar sus posibles complicaciones.

CASO CLÍNICO

Niña de 9 años, sin antecedentes familiares ni personales de interés, que acude a nuestro Hospital por presentar una historia de dolor epigástrico de 2 años de evolución, que aumenta tras la ingesta de alimentos, sólidos o líquidos, no se alivia con la expulsión de gas o heces y, a veces, mejora con antiácidos. Ocasionalmente, presenta también vómitos alimentarios. Exploración general: normal. Htº, Hb, hemograma, Rx tórax y abdomen, eco-abdomen: normal.

Tránsito digestivo: en la 2ª porción duodenal, borde convexo, se observa una imagen redondeada en comunicación con la luz duodenal compatible con divertículo (Fig. 1). Se realiza endoscopia hasta la 3ª porción duodenal, no encontrando alteraciones en su trayecto y ningún orificio que indique la presencia de divertículo. Biopsia gástrica y duodenal: normales. Enema opaco: normal.

Con el diagnóstico de posible DEC se realiza diverticulectomía mediante laparotomía, no observando fenómenos inflamatorios peridiverticulares (Fig 2). Se revisa el resto de la cavidad abdominal no encontrando patología asociada.

Estudio histopatológico: Segmento de intestino delgado exento de alteraciones histológicas: mucosa íntegra, sin sig-

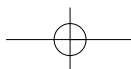




Figura 1. Tránsito gastroduodenal: imagen redondeada en borde convexo de 2ª porción duodenal.

nos de ulceración; no se observa infiltrado inflamatorio y la capa muscular está perfectamente desarrollada.

Evolución clínica inmediata y tardía favorable.

DISCUSIÓN

Los divertículos de intestino delgado son una patología frecuente y bien conocida por los cirujanos pediátricos, sin embargo, los DEC son excepcionales, siendo una patología desconocida, lo cual puede originar retraso en su diagnóstico y tratamiento, desencadenando graves complicaciones⁽¹⁻⁴⁾.

Dentro de los divertículos duodenales congénitos, los extraduodenales son tan poco frecuentes que no son mencionados en los principales libros de cirugía pediátrica, que solamente estudian los intraduodenales^(5,6).

Los DEC histológicamente se caracterizan por estar formados por todas las capas del intestino: mucosa, muscular y serosa^(1,2) y deben diferenciarse histológicamente de los pseudodivertículos, formados exclusivamente por mucosa, son adquiridos y se originan como consecuencia de un mecanismo de tracción o de pulsión⁽⁷⁻⁹⁾. Nuestro caso, corresponde a un divertículo verdadero, con una capa muscular perfectamente desarrollada y una capa mucosa formada por mucosa intestinal, sin embargo, también se ha observado mucosa ectópica gástrica o pancreática^(3,4).

En base a la revisión bibliográfica realiza no podemos precisar con exactitud cual es el número de casos publicados, ya que prácticamente todos los trabajos se refieren a divertículos congénitos intraluminales. Los DEC raramente se ob-

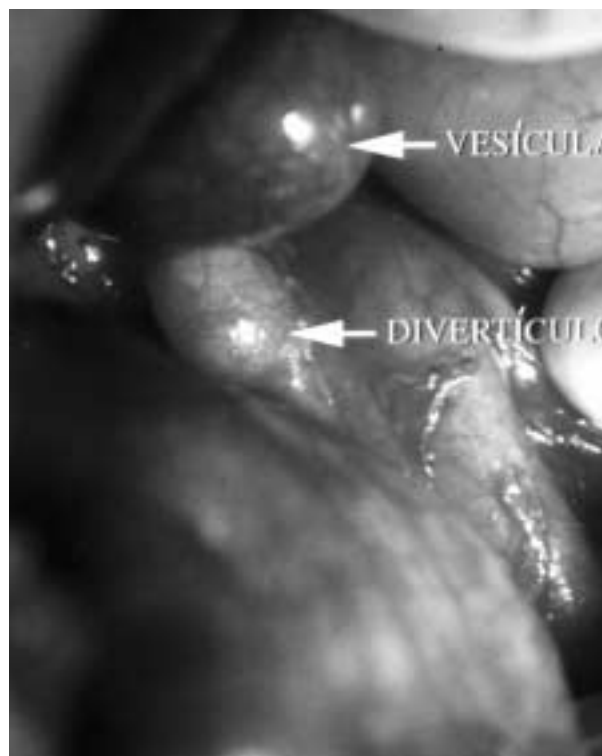


Figura 2. Laparotomía: aspecto macroscópico del divertículo.

servan antes de los 50 años y su incidencia es similar en ambos sexos⁽²⁻⁴⁾.

Los DEC suelen localizarse la 2ª porción duodenal y después 3ª. Dentro de la 2ª porción, se localizan preferentemente en el borde cóncavo, interno, y en un 90 % de los casos son solitarios^(1,2,4). El tamaño varía de unos pocos mm a 6 cm y están unidos al duodeno mediante un pedículo de calibre variable, que puede influir en el desarrollo de complicaciones⁽³⁾. En nuestra paciente, no hemos encontrado otras malformaciones congénitas asociadas, pero pueden ir asociados a: divertículos de colon y anomalías de vías biliares^(2,4).

Generalmente son asintomáticos y suelen ser hallazgos fortuitos durante tránsitos de intestino, endoscopias, intervenciones, etc⁽¹⁻³⁾. En caso de presentar síntomas, el dolor abdominal de repetición es el síntoma más frecuente, suele aparecer o aumentar con la ingesta y disminuye después de vomitar o eructar. A veces, se puede asociar náuseas, pérdida de peso, flatulencia y distensión abdominal.

También, se han descubierto de una manera fortuita al realizar una radiografía de abdomen, como consecuencia de la ingestión de un cuerpo extraño que no progresa después de semanas, estando localizado en el divertículo⁽¹⁾. A veces pueden aparecer por algunas de sus graves complicaciones, lo cual dificulta su diagnóstico, pudiendo originar peligro para la vida del paciente

Entre las diferentes pruebas realizadas, la radiografía y ecografía de abdomen fueron normales, posiblemente debido

al tamaño del divertículo^(4,9). Para la mayoría de los autores, el tránsito gastro-duodenal es el método más utilizado y eficaz, comprobando una imagen redondeada u ovalada, que incluso nos va a permitir observar los pliegues mucosos; sin embargo, a veces, podemos observar defectos de repleción como consecuencia de restos de alimentos retenidos, cuerpos extraños y coágulos de sangre^(1,4,6). Existen ocasiones en que el divertículo no se ha podido confirmar, debido a: una ingesta pequeña de contraste, pedículo muy estrecho o el divertículo está lleno de contenido a tensión^(1,7).

Durante la endoscopia no observamos el meato del pedículo, es posible que sea debido a una luz estrecha del mismo; este inconveniente también ha sido comprobado por Alfonso et al⁽⁴⁾, los cuales creen que también puede influir la utilización de un endoscopio que solo permite una visión frontal. En caso de duda diagnóstica, y principalmente cuando se manifiestan por alguna complicación, se ha utilizado también una TAC y RMN^(3,5,9).

Nuestra paciente no presentó ninguna complicación, pero como consecuencia del incremento de presión dentro de la luz del divertículo y/o procesos infecciosos, pueden aparecer, sobre todo, cuando el divertículo posee un cuello estrecho que dificulta su drenaje^(1,2-5,9). Si el divertículo es de gran tamaño, puede desencadenar secundariamente: - obstrucción de vía biliar y de duodeno por compresión extrínseca, así como, pancreatitis aguda o crónica.

En casos de diverticulitis, se pueden originar: -ulceras y hemorragias, siendo más frecuente en caso de la existencia de mucosa gástrica ectópica;- perforación, originando un proceso de abdomen agudo;- anemia y desnutrición; -en adultos, se han publicados casos de fístula aortoentérica, abscesos pancreáticos y carcinomas.

Además, según su situación anatómica pueden dificultar el normal funcionamiento del esfínter de Oddi, facilitando la formación de litiasis⁽²⁻⁵⁾. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente con pseudoquistes de páncreas, tumores de papila y coledocolitiasis⁽³⁾.

Al contrario del criterio utilizado en pacientes adultos, en que sólo son intervenidos los pacientes sintomáticos, consideramos que todos los niños deben ser sometidos a tratamiento quirúrgico, incluso los pacientes asintomáticos, ya que no podemos arriesgarlos a una amplia serie de complicaciones graves que pueden ser fatales para la vida^(2,8,9). Mediante laparotomía, hemos realizado una diverticulectomía, siendo este el tratamiento más utilizado, sin embargo, también se ha practicado inversión del divertículo y, últimamente, se ha empleado la laparoscopia, en caso de divertículos laterales^(2,4,6,8).

BIBLIOGRAFÍA

1. Harris PR, Wright JA. Duodenal diverticulum: case report and literature review. *Am J Gastroenterol* 1997;**92**:712-713.
2. Afridi SA, Fichtenbaum CJ, Taubin H. Review of duodenal diverticula. *Am J Gastroenterol* 1991;**86**:935-938.
3. Abdel-Hafiz AA, Birkett DH, Samir Ahmed M. Congenital duodenal diverticula: a report of three cases and a review of the literature. *Surgery* 1988;**104**:74-78.
4. Alonso V, Ripollés T, García G, Jordán M, Moreno-Osset E. Diverticulitis duodenal. *Gastroenterol Hepatol* 2000;**23**:105-106.
5. Stauffer UG, Schwoebel. Duodenal atresia and stenosis-annular pancreas. En: O'Neill JA et al. *Pediatric Surgery* 5 th ed. St. Louis. Mosby-Year Book Inc 1998:1133-1143.
6. Millar AJW, Rode H, Cywes S. Intestinal atresia and stenosis. En: Ashcraft KW. *Pediatric Surgery* 3 th ed. Philadelphia. W B Saunders Co. 2000:406-424.
7. Yarze JC. Duodenoscopic diagnosis of perforated periampullary diverticulitis. *Am J Gastro Enterol* 2002;**3**:769.
8. Chiu EJ, Shyr YM, Su CH, WU C W, Lui W Y. Diverticular disease of the small bowel. *Hepato-Gastroenterology* 2000;**47**:181-184.
9. De Lourenco Souza A, Poggetti RS, Fontes B. Ruptura traumática de divertículo duodenal. Relato de um caso e revisão da literatura. *Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo* 1996;**51**:247-249.